



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JESSICA CAPELO FERNANDEZ

Dr./a: DIANA PAZO

Fecha de solicitud 29/7/24

- Limpieza + + +
 Ortopantomografía + TAC + FOTOS.
 Telerradiografía
 Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
 Estudio de Biocompatibilidad
 Análisis salival
 Ausencia de piezas _____

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
			47 ^m 25°	OBTS	
			41	Exo + JOI + Plosy Land	
			26	e(R) + JOI	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: